



Hämophilie 2000 e.V.

Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Tel.: _____

PLZ _____ Ort: _____

geb. am: _____ Art der Blutgerinnungsstörung: _____

☐ **Ordentliches Mitglied (Betroffene / Familienangehörige):**

Ich erkläre mich hiermit bereit, Mitglied im Verein Hämophilie 2000 e.V. zu werden und den Jahresbeitrag von € 13,- bzw. € 7,- bei Ermäßigung auf das unten stehende Konto zu überweisen.

☐ **Förderer / Unterstützer:**

Ich erkläre mich hiermit bereit, Mitglied im Verein Hämophilie 2000 e.V. zu werden und den Jahresbeitrag von mindestens 10 € auf das unten stehende Konto zu überweisen. (Spendenquittung kann ausgestellt werden)

Jahresbetrag: _____ Euro

Sparkasse Mecklenburg-Schwerin IBAN: DE20 1405 2000 1650 0054 03, BIC NOLADE21LWL zu überweisen.

Oder Genehmigung zum Lastschrifteinzug (Betrag siehe oben)

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Bank: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: [Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers]

Mandatsreferenz: [Mandatsreferenz, falls vorhanden]

Hiermit ermächtige ich Hämophilie 2000 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Hämophilie 2000 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Datum

Unterschrift